

流动人口医疗保障的三大问题

吴少龙^{1,2*} 凌莉^{1,2}

1. 中山大学公共卫生学院 广东广州 510080

2. 中山大学流动人口卫生政策研究中心 广东广州 510080

【摘要】流动人口医疗保障存在没有参保、间断参保和重复参保三大问题,对中国实现全民医保形成挑战。这三大问题既是社会医疗保险体制的制度缺陷造成的,如碎片化、非正规就业、逆向选择和风险选择,也是中国特有的体制问题造成的,如户籍制度、干部目标考核责任制、机会主义行为。面对三大问题,中国政府在医疗保障方面已经进行了很多政策干预,取得了一些成效。彻底解决这三大问题,需要我们总结过去十年中国的医疗保障发展经验,充分借鉴吸收国外经验。

【关键词】医疗保障;流动人口;问题

中图分类号:R197.1 文献标识码:A doi: 10.3969/j.issn.1674-2982.2012.06.007

Three issues of migrants' health insurance in China

WU Shao-long^{1,2}, LING Li^{1,2}

1. School of Public Health, Sun Yat-sen University, Guangdong Guangzhou 510080, China

2. Sun Yat-sen Center for Migrant Health Policy, Sun Yat-sen University, Guangdong Guangzhou 510080, China

【Abstract】 There exist three big issues of health insurance among migrants in China: Uninsured, intermittent enrolling and repeated enrolling. This has become a major barrier for China to achieve universal coverage. These three issues are not only caused by defects of social health insurance system including fragmentation, informal employment, adverse selection and risk selection, but also caused by China's special management system including household registration system, performance target assessment system for officials, opportunism behaviors. Facing these three challenges, the Chinese government has implemented a lot of policy interventions on health insurance and gets better results. To finally solve the three issues, we should synthesize China's experiences of developing health insurance in the last ten years and adequately draw upon international experiences.

【Key words】 Health insurance; Migrants; Issues

流动人口主要指地理上离开户籍地半年以上的外出人口,也指制度上参保类型发生变化的人口。根据2010年第六次全国人口普查数据,全国跨乡镇流动人口为2.6亿,跨县区流动人口为2.2亿。实现全民医保,流动人口是“拦路虎”。流动人口医疗保障主要存在三个问题:没有参保、间断参保和重复参

保。首先,部分流动人口没有参保。在非正规部门就业的流动人口,从来都是世界各国推行社会医疗保险难以覆盖的对象。其次,流动人口间断参保。在新就业地,流动人口以前的参保年限自动“清零”,不能连续参保,影响了流动人口享受医保退休待遇。第三,流动人口重复参保。三大基本医疗保险在实

* 基金项目:国家自然科学基金(71003109);CMB项目(10—009)

作者简介:吴少龙,男(1976年—),博士,讲师,主要研究方向为医疗保障、卫生筹资、绩效评价。

E-mail:wushlong@mail.sysu.edu.cn

通讯作者:凌莉。E-mail:lingli@mail.sysu.edu.cn

际运作过程中实行强制或半强制参保,加之城镇居民医疗保险有意吸收中小學生来降低基金风险,出现不少重复参保现象。这三大问题源于社会医疗保险体制的缺点和中国特有的体制缺陷,对实现全民医保形成三大挑战。

1 没有参保

1.1 流动人口医保覆盖率低

2009 年末,全国参加城镇基本医疗保险(包括职工医保和居民医保)的人数为 4 亿,新农合为 8.3 亿,城乡居民参保率超过 90%。但是,流动人口的医疗保障覆盖率比较低。从城镇医保体系看,2009 年度全国农民工总量为 22 978 万人,有城镇基本医疗保险的仅占 18.87%。从农村医保体系看,2008 年中国卫生服务总调查数据表明,85% 的农村外出务工人员参加了新型农村合作医疗。^[1]从城乡总体看,根据国家人口和计生委 2009 年 7 月在五个城市的流动人口监测试点调查,只有 48.7% 的流动人口参加了医疗保险。^[2]尽管数据来源、对象和时期存在差异,但都表明:相对全国整体参保水平,流动人口医保参保率低,不少流动人口没有参保。

1.2 制度根源

1.2.1 户籍制度阻碍流动人口参加城镇医保

城镇职工基本医疗保险最初以户籍人口作为目标人群,流动人口被排斥在外。随着城镇职工基本医疗保险的扩面,允许与城镇用人单位签订劳动合同或建立稳定劳动关系的流动人口参加城镇职工医保。然而,只有少数流动人口有资格参加城镇职工医疗保险,大多数流动人口仍然被排斥在外。城镇居民医疗保险也以户籍人口为目标,流动人口也没有资格参加这一险种。本来新农合最适合流动人口,但不少流动人口却因返乡报销困难而拒绝参加新农合。大量流动人口,尤其是农民工,既没有参加输入地的城镇医疗保险,也没有参加输出地的农村医疗保险,形成医疗保障的盲点。

1.2.2 将非正规部门就业人口纳入医保体系面临极大困难

长期以来,户籍制度吸引了人们的注意力,大家

认为只要参保资格和户籍脱钩,流动人口医疗保障的问题就迎刃而解。但是,随着户籍制度的改革和参保资格条件的放松,非正规就业的障碍又浮出水面。社会医疗保险以劳动者为核心,以就业和收入为基础缴费,实现社会互助共济和普遍覆盖。这要求税收或社保部门具备甄别及计算个人应缴费用的能力,能够监控劳动收入并且扣减保费。发展中国家往往存在庞大的非正规部门^[3],大量从业人员在工商税务部门甚至是企业中沒有登记注册,其收入也没有通过银行系统支付,难以强制征收保费,推行社会保险往往困难重重。1978 年中国城镇非正规部门就业人数只有 15 万人,占城镇就业人口的 0.16%。^[4]2009 年城镇非正规部门就业人数达 1.9 亿,占城镇就业人口的 60.98%。^[5]除私营和个体工商户从业人员外,非正规部门多由未登记注册的就业人员组成,如小摊小贩、保姆、钟点工等,他们无组织依托,工作收入不稳定,很难强制其参保。如果让其自愿参保,这些群体收入低,既缺乏能力也没有意愿参保。因此,将这些非正规部门就业的人口纳入医疗保险体系,将面临极大的困难,也是中国快速实现全民医保的关键。

1.2.3 逆向选择问题

流动人口大多是经过健康自我选择的人群,患病风险较低,一些青壮年不愿意参加医保。加之流动性大,在某个统筹区域内患病的可能性就更小了,这进一步减弱了流动人口投资于医保的意愿。这是自愿性医疗保险存在的基本问题,只有实行强制性社会医疗保险,才能解决这个问题。

1.3 政策干预及效果

1.3.1 政策干预:建立流动人口医保体系

一是流动人口参加新农合。到城镇季节性打工的农村人口,或者频繁流动于乡村和城市之间的农村人口,他们不打算在生活成本高昂的城市定居,适合参加新农合。相比城镇职工基本医疗保险一年高达千元的缴费,新农合一年只有几十元的缴费对于低收入的流动人口非常有吸引力。但是,流动人口参加新农合也面临一些挑战,最大的挑战就是他们进城期间的医疗费用难以即时报销并且补偿比较

低。这导致那些常年在外并且返乡需要长途跋涉的流动人口转而寻求城市的医疗保险。

二是流动人口参加城镇基本医疗保险。在城镇永久居住或长期活动的流动人口,他们收入高,工作、居住稳定,适合参加城镇基本医疗保险。面对农民工医保问题的挑战,中央和地方实施了一系列政策和创新,旨在将农民工纳入城镇医保体系。劳动保障和社会部于2004年出台了《关于推进混合所有制企业和非公有制经济组织从业人员参加医疗保险的意见》,明确要求各地劳动保障部门把与用人单位形成劳动关系的农村进城务工人员纳入医疗保险范围。2006年3月,国务院发布《关于解决农民工问题的若干意见》,要求各统筹地区建立大病医疗保险统筹基金,重点解决农民工进城务工期间的住院医疗保障问题。据此,各地纷纷建立了农民工住院医疗保险。

2009年国务院《医药卫生体制改革近期重点实施方案(2009—2011年)》指出,要积极推进城镇非公有制经济组织从业人员、灵活就业人员和农民工参加城镇职工医保。参加城镇职工医保有困难的农民工,可以自愿选择参加城镇居民医保或户籍所在地的新农合。加之上海、成都针对农民工独立设计的“综合保险”,深圳的“劳务工合作医疗保险”,以及以北京为代表的“农民工住院医疗保险”^[6-7],这些专门的农民工医疗保险计划和三大基本医疗保险一起形成了流动人口医疗保险体系。^[8-9]

1.3.2 干预效果:流动人口医保水平尚未“达标”

2009年,中共中央、国务院在《关于深化医药卫生体制改革的意见》中明确了中国医疗保障体系改革的目标:“加快建立和完善以基本医疗保障为主体,其他多种形式补充医疗保险和商业健康保险为补充,覆盖城乡居民的多层次医疗保障体系。”简称为“三纵三横”的医疗保障体系。尽管已经建立流动人口医保体系,但是只有一小部分正规就业的农民工被补充医疗保险所覆盖;非正规就业的农民工完全没有被城镇基本医疗保险体系所覆盖;未就业的流动人口只有少数就读的少年儿童被覆盖,多数随家迁移的少年儿童和老人未被覆盖;所有流动人口未被输入地的医疗救助所覆盖。总体看,流动人口

医疗保障取得了很大成就,但依然有很大的改善空间。系统解决该问题,需要将参保资格与户籍脱钩,还要看经济正规化的程度,这可能需要很长的时间。

2 间断参保

2.1 流动人口医保权益受损

流动人口医保体系建立后,流动人口无论走到哪里基本上都能够“有保可参”,参保面迅速扩大。但是,三大医疗保险之间难以衔接,各地区之间参保年限不互认,流动就业人员只能间断参保。《国务院关于建立城镇职工基本医疗保险制度的决定》规定:“退休人员参加基本医疗保险,个人不缴纳基本医疗保险费。对退休人员个人账户的计入金额和个人负担医疗费的比例给予适当照顾。”但是,流动就业人员在流入地参加医疗保险时以前的参保年限自动清零,医疗保险年限出现间断,不能像本地职工那样累积参保年限,享受连续参保的补偿比率,享受医保退休待遇。也就是说,一旦参保职工发生流动,晚年的医保待遇就没有着落。总之,医保关系间断导致流动人口在迁移、换工过程中权益严重受损。对此,中央出台了医保关系转移接续的法律法规,但是,目前执行情况并不理想。

2.2 制度根源

2.2.1 医保体制碎片化

中国的医疗保障制度以地区为基础。^[10]我国城镇职工基本医疗保险主要以地级市为统筹单位,北京、上海、天津三个直辖市原则上在全市范围内进行统筹,这导致城镇职工基本医疗保险基金有数百个。城镇居民基本医疗保险也是如此。新型农村合作医疗基金统筹层次更低,以县(区)级为统筹单位,约有近三千个新农合基金。城乡医疗救助也是如此。如此多的统筹地区,不但降低了基金的抗风险能力,而且高度放大了人口的流动性。在中国市场化、城镇化、工业化的发展过程中,人口流向城镇和经济发达地区,轻松地就溢出了这些狭小的统筹单位。这不但产生了跨统筹区域的流动,而且产生了跨医保制度的流动。

2.2.2 流动人口的逆向选择行为

健康高风险人群会流向医疗条件好、医保待遇高的地区。根据我们对某医疗条件较好城市的医保关系转入、转出人员的年龄分析,总体人员的平均年龄为 35.4 岁,转出组的平均年龄为 33.7 岁,转入组的平均年龄为 38.1 岁,两组差异有统计学意义。高年龄意味着健康高风险,初步分析结果表明,医保转移接续过程中确实存在着一定程度的逆向选择问题。转入人口的退休待遇可能会削弱输入地的医疗福利,引发医保基金风险。如果基金超支,输入地政府必须用财政资金“兜底”。我们在访谈中了解到,不但广东这样的富裕省份担心转移接续带来不良后果,而且甘肃这样的欠发达省份也是如此。

2.2.3 输入地政府的风险选择行为

针对可能发生的逆向选择行为,输入地政府想方设法排斥健康高风险人群。流动人口医保关系转移接续有两个过程:一是退出旧保险,它涉及到流动人口与退出地基金间对缴费的分割,尤其是对统筹基金的分割;二是参加新保险,关键是谁为以前的累积年限买单,以保障流动就业人口享有的退休待遇。中央规定“只转关系不转钱”:个人账户资金可以转移,各地统筹基金不转。医疗条件好、医保待遇高的转入地为了避免高风险人群和大量流动人员退休时进入,纷纷出台政策,限制高龄人员转入。如北京市规定:“跨统筹地区到本市流动就业并参加本市城镇职工基本医疗保险的人员,达到法定退休年龄时符合本市按月领取基本养老金条件,且在本市实际缴纳(或补缴)基本医疗保险费满 10 年以上,并累计缴费年限符合女满 20 年,男满 25 年的,可享受退休人员医疗保险待遇。”或者向流动人口转嫁成本,以折算年限的方式变相地收取费用。如重庆市市内的医保制度转移接续规定,参加农民工大病医疗保险的实际缴费时间,按 25% 的比例折算为城镇职工基本医疗保险实际缴费年限;原参加城乡居民合作医疗保险的实际缴费时间,按 50% 的比例折算为参加农民工大病医疗保险的实际缴费年限,按 12.5% 的比例折算为城镇职工基本医疗保险实际缴费年限。

2.3 政策干预和效果

2.3.1 政策干预:流动人口医保关系转移接续

党的十七大报告明确指出要提高统筹层次,制定全国统一的社会保险关系转续办法。2009 年,中共中央、国务院《关于深化医药卫生体制改革的意见》指出,做好城镇职工基本医疗保险制度、城镇居民基本医疗保险制度、新型农村合作医疗制度和城乡医疗救助制度之间的衔接。以城乡流动的农民工为重点积极做好基本医疗保险关系转移接续,以异地安置的退休人员为重点改进异地就医结算服务。2010 年 1 月,人社部、卫生部、财政部联合出台《流动就业人员基本医疗保险关系转移接续办法》,要求各地尽快制定相应管理办法,不得以户籍为由拒绝流动就业人员基本医疗保障关系的转移接续。2011 年 7 月 1 日起施行的《社会保险法》第三十二条规定:个人跨统筹地区就业的,其基本医疗保险关系随本人转移,缴费年限累计计算。各省也根据自身实际情况,出台了转移接续在本省的实施细则和具体操作办法。

2.3.2 干预效果:医保关系只有“转移”没有“接续”

自从 2010 年 7 月 1 日实行流动就业人员医保关系转移接续后,大部分省制定了相关实施细则,部分地级市也制定了相关实施办法,医保转移接续工作已经在各地开展,但实施效果并不理想。本课题组 2011 年 8 月对某省人社厅的调研发现,该省共有 51 人转入医保关系,4 262 人转出医保关系,90 011 人开具参保缴费凭证。在市一级,截至 2011 年 10 月 30 日,该省某市医保关系转入 478 人,转出 736 人。在县区一级,我们访谈的浙江省某区社保和新农合经办机构人员指出,他们还没有开展这项工作。在广东省某市的区分局,受访工作人员指出,“我们现在办理的转出转入总共 10 个,转出的 6 个,转入的 4 个,但都没有成功。”即使是已经成功实现转移的流动就业人员,因为他们的统筹基金没有转过来,医保部门仍然拒绝给予退休待遇。从卫生服务利用的意义上讲,目前的医保关系只是实现了“转移”,还没有实现“接续”,即退休后不用缴费但可以报销医疗费用,流动人口医保转移接续尚有许多困难需要克服。

3 重复参保

3.1 流动人口重复参保现象严重

重复参保指参保人在同一地区不同单位或不同地区有两份或两份以上的基本医疗保险和个人账户。”^[11]重复参保问题在三大保险建立后就发生了,现在已经非常严重,2010年我国约有1亿居民重复参加医疗保险,约占城乡居民参保人数的10%。^[12]浙江审计部门对全省城镇居民基本医疗保险专项审计调查发现,2009年,全省重复参保人员达30余万人,多头报销金额超过100万元。^[13]天津、成都、厦门、泰州整合医疗保险管理资源后,通过信息系统比对,分别发现有45万、27万、8万、20万人重复参保;南京市栖霞区11万城镇居民参保人员中,就有4万人同时又参加了新农合。^[14]重复参保主要是流动性较强的农民工和农村学生。按今年国家对新农合和城镇居民医保每人240元政府贴补计算,国家财政将为1亿重复参保人员额外多补贴240亿元。重复参保也导致参保人多交纳了几十元不等的费用,产生了额外负担。重复参保不但导致了资源的额外投入,还导致了重复报销,甚至出现了报销总额超过看病费用的情况。例如温州市对居民医疗保险的审计发现,重复参保人员中,既在城居医保中报销又在新农合中报销的行为共计99人次,其中三位参保人两头报销的合计金额超过了其实际发生的医疗费用总额。^[15]

3.2 制度根源

3.2.1 城乡分割和强制参保

中国城乡二元体制也反映在医保方面,农村户籍人口参加新农合,城市户籍人口参加城镇居民医疗保险和城镇职工医疗保险。这种以户籍为基础的人群划分方式颇不适应当今社会身份的急剧变化。一方面有些人群界定不清,如被征地农民、村改居群体、乡镇企业职工既可以参加新农合,也可以参加城镇居民医保;农民工既可以参加新农合,也可以参加城镇职工医保。另一方面也不适应人们对医疗保险的需要,如高收入的农村群体想参加城镇医保而不能参加。这种情况下,掌管新农合的卫生部门和统

管城镇医保的人保部门往往又各自为政,互不沟通,重复参保也就难免了。^[16]但老百姓是否愿意交两份或更多的钱呢?为防止逆向选择行为,名为自愿参保的新农合在实际操作中以家庭为单位整体参保,城镇居民医保也是如此,不同之处是除去已参加过其他医保的成员。加上本来就一直强制参保的城镇职工医保,很多人在无奈甚至是不知情的情况下不得不重复参保。

3.2.2 目标考核责任制

既然已经参保的老百姓不愿意重复缴费,医保只需要强制那些没有参保的人就可以了,各医保基金为什么还要强制那些已经参加其他保险的群体来参加自己的保险呢?原来三大医保都制定了自己的参保目标,要求参保人数和比例达到一定要求。如城镇居民医保,《医药卫生体制改革近期重点实施方案(2009—2011年)》规定,三年内参保率提高到90%以上。各级政府下达任务时层层加码,各险种也相互攀比,以完成或超额完成任务为目的,只要符合条件的就全部纳入,不论是否已经参加其他险种。目标考核不当是造成重复参保的重要原因。

3.2.3 输入地政府的风险选择行为

各险种之间除了人数的竞争外,还存在着对健康人群的竞争,尤其是新农合和城镇居民医保。这两个保险名义上都是自愿参保,尽管采取了半强制措施,始终摆脱不了逆向选择问题对基金可持续的威胁。虽然农村的青壮年普遍外出打工,只剩下老弱妇孺留守,但相比城镇居民医疗保险,新农合的情况还是稍好一些。城镇居民医疗保险针对的是城镇非就业居民,参保对象俗称“一老一小”。在社会人口严重老龄化的情况下,不少城镇居民医保基金尽管精打细算,仍然出现了基金赤字。为此,城镇居民医保亟需改善年龄结构,吸纳年青健康的人口参保。于是在城镇上学的农村学生就成为其迫切希望纳入的人群,无论他们是本地户籍还是外来农民工子女,现在按居住原则一律加入本地城镇医疗保险。广东的广州、深圳、珠海、河源等市将外来务工人员在本市就读的子女纳入到城镇居民医保范围,本研究所调研的浙江某区也是如此,按居住区域范围参保。

许多地区审计结果表明,学生是最大的重复参保人群。

3.2.4 机会主义行为

包括基层政府和参保人员的机会主义行为。重复参保等于虚报了人数,对于基层政府的好处就是争取了更多的上级财政补贴。中央和省级政府按人头给予新农合和城镇居民医保大量补贴,尤其是中、西部地区,中央和省补助占了大部分。重复参保人数越多,套取中央和省补助越多,从而导致大量重复参保行为。不少老百姓也向上级部门反映,但基层政府却将主要精力用于防止重复报销而不是重复参保。部分参保人员想根据政策漏洞重复报销,在大多数人是“被”重复参保的情况下,他们却是主动重复参保。

3.3 政策干预和效果

3.3.1 政策干预:城乡医保一体化

政策干预的第一个重要手段是监督检查,如审计查出的许多问题。目前各地披露的重复参保问题,多是由审计部门进行专项审计查出的。第二个手段是建立信息系统,城乡医保管理部门互联互通,避免重复参保。但这些都不治本,标本兼治需要合并新农合和城镇居民医疗保险。实施城乡居民医疗保险一体化,既避免了重复参保,又壮大了基金实力和抗风险能力。在中央层面,中共中央、国务院《关于深化医药卫生体制改革的意见》指出:“随着经济社会发展,逐步提高筹资水平和统筹层次,缩小保障水平差距,最终实现制度框架的基本统一。”“探索建立城乡一体化的基本医疗保障管理制度。”在地方层面,目前已全面开展医疗保险城乡统筹的地区有天津、重庆和宁夏 3 个省级行政区、21 个地级城市和 103 个县(区、市)。^[14]

3.3.2 干预效果:统筹基金管理存在争议

城乡医保统筹后还有很多好处,如缩小城乡差距、促进社会公平,减少经办机构和信息建设成本等。以本研究调查的安徽某县为例,城乡医保统筹后在机构管理、筹资时间与标准、补偿待遇等方面实现统一。统筹后参保人员每人每年交费标准统一为 30 元,不分城乡户籍,参保居民报销比例和优惠

待遇完全一样,得到了城乡居民的好评。城乡统筹在全国范围内推行却遇到了非常大的争议,卫生部门和人保部门都认为应该由他们来管理合并后的城乡医疗保险基金。专家们认为,谁能够让老百姓获得最优的卫生服务,就应该让谁来掌管。实际上人保部和卫生部门具有不同的专业特点和优势,最佳的治理结构应该由双方进行合作,或者各地根据当地实际情况来做出选择。

4 结语

本文是一个描述性研究,总结了流动人口没有参保、间断参保和重复参保三大问题对中国医疗保障体系产生的挑战,认为流动人口击中了中国医疗保障体制的软肋,户籍制度、目标考核责任制、地方政府机会主义行为和社会医疗保险体制的缺陷(碎片化、非正规部门、逆向选择、风险选择)是制度根源,尽管中国政府进行了很多努力和创新,政策干预也取得了一定成效,但解决这些问题仍需假以时日。中国医疗保障在短短十年间就在制度上做到了覆盖全部人群,如此庞大的国家和人群在这么短的时间内基本实现普遍覆盖,这在全世界绝无仅有。采用社会医疗保险实现全民覆盖是一条十分漫长的道路,德国用了 127 年,比利时 118 年,以色列 84 年,奥地利 79 年,卢森堡 72 年,日本 36 年,韩国 26 年,哥斯达黎加则用了 20 年。^[17]面对流动人口带来的挑战,我们需要认真总结中国医疗保障十多年的经验,充分借鉴吸收国外经验,积极应对这三大问题。

就国内经验而言,户籍障碍正在逐步消除,中国已经非常成功地用国家财政补贴的方式解决了最大的非正规部门——农村的医疗保障问题。虽然城镇的农民工非正规就业问题比较棘手,但我们有解决城镇灵活就业人员医疗保障问题的经验,一定能够摸索出解决非正规就业农民工医疗保障的办法。医疗保障方面的干部目标考核变得越来越全面合理,加强上下级沟通会使基层政府官员更合理地完成医保方面的各项任务。地方政府的机会主义行为也受到越来越严格的监管,审计查出的医保问题通过整改的方式在不断改善。对于“碎片化”问题,城乡一

体化和医保基金市级统筹已经开始实施。面对个人的逆向选择问题,强制参保是写在教科书上的方法,实践中新农合和城镇居民医保以家庭为单位半强制参保也取得了很好的效果。对于地方政府的风险选择行为,一方面要求各地尤其是发达地区发挥社会团结的精神,另一方面中央政府要建立统筹基金对受损地区合理补偿。就国外经验而言,实行社会医疗保险体制的德国等发达国家的经验值得学习,泰国、哥伦比亚等发展中国家的经验也颇有借鉴之处。

参 考 文 献

- [1] 卫生部统计信息中心. 2008 中国卫生服务调查研究: 第四次家庭健康询问调查分析报告[M]. 北京: 中国协和医科大学出版社, 2009.
- [2] 李伯华, 宋月萍, 齐嘉楠, 等. 中国流动人口生存发展状况报告——基于重点地区流动人口监测试点调查[J]. 人口研究, 2010, 34(1): 6-18.
- [3] Van Ginneken W. Social security for the informal sector: A new challenge for the developing countries[J]. International Social Security Review, 1999, 52(1): 49-69.
- [4] 胡鞍钢, 赵黎. 我国转型期城镇非正规就业与非正规经济(1990—2004)[J]. 清华大学学报: 哲学社会科学版, 2006, 21(3): 111-119.
- [5] 黄宗智, 李强, 潘毅, 等. 中国非正规经济(上)[J]. 开放时代, 2011(1): 5-37.
- [6] 龚文海. 农民工医疗保险: 模式比较与制度创新——基于 11 个城市的政策考察[J]. 人口研究, 2009, 33(4): 92-98.
- [7] 李孜, 杨洁敏. 我国城市流动人口医疗保障模式比较研究——以上海、成都、北京、深圳为例[J]. 人口研究, 2009, 33(3): 99-106.
- [8] 刘军安, 卢祖洵, 金建强, 等. 农民工医疗保障制度路径选择及政策建议[J]. 医学与哲学: 人文社会医学版, 2010, 31(6): 64-66.
- [9] 赵斌, 王永才. 农民工医疗保险制度碎片化困境及其破解[J]. 中国卫生政策研究, 2009, 2(11): 41-46.
- [10] Hu X, Cook S, Salazar M A. Internal migration and health in China [J]. The Lancet, 2008, 372 (9651): 1717-1719.
- [11] 王玲燕. 医疗保险重复参保问题探究[J]. 经济视角(中旬), 2011(6): 155-156.
- [12] 赵鹏. 我国 1 亿城乡居民重复参保[N]. 京华时报, 2010-09-17(7).
- [13] 中国广播网. 浙江: 30 余万人重复参保 医保多头报销达 100 余万元[EB/OL]. (2010-10-16) [2012-05-10]. http://www.cnr.cn/china/gdgg/201010/t20101016_507182350_1.html.
- [14] 王东进. 切实加快医疗保险城乡统筹的步伐[J]. 中国医疗保险, 2010(8): 6-8.
- [15] 温州市审计局. 温州市审计局对居民医疗保险进行专项审计[EB/OL]. (2010-07-05) [2012-05-10]. <http://www.chinaacc.com/new/201007/05li2807090832.shtml>.
- [16] 华迎放, 张汉玲. 农民工医疗保险政策完善思路[J]. 中国劳动, 2010(7): 16-20.
- [17] Carrin G, James C. Social health insurance: key factors affecting the transition towards universal coverage[J]. International Social Security Review, 2005, 58(1): 45-64.

[收稿日期:2012-04-12 修回日期:2012-05-16]

(编辑 薛云)